



**ANEXO 3**

**SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
PROCESSO SELETIVO 2020.1**

Candidato: Não preencha este campo. Ele será utilizado pelo Programa de Pós-Graduação.  
Horário de recebimento: \_\_\_\_ h \_\_\_\_  
Rubrica ou assinatura:

À Comissão de Seleção - Mestrado em Enfermagem CPTL

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito sob o nº \_\_\_\_\_ e nos termos do Artigo 27 do Decreto nº 3.298 de 20/12/1999, solicito atendimento diferenciado conforme segue:

**Tipo de deficiência:**

**Tipo de atendimento especial:**

**Tempo adicional:** sim ( ) nos termos do artigo 30, inciso V, da Lei nº 13.146 de 06/06/2015.  
não ( ).

Data:

Nº de Inscrição:

Assinatura:

Instruções para o Programa de Pós-Graduação:

Protocolar horário de recebimento da solicitação.

Cortar na linha tracejada.

Entregar a parte superior a Comissão de Seleção para análise.